

Artigo de Investigação Médica
Mestrado Integrado em Medicina

**CIRURGIA DO CANCRO DA MAMA INICIAL:
O DILEMA DA DECISÃO**

Cátia Alexandra de Jesus Martins Teixeira e Rodrigues

Orientador

Dr. Joaquim Alfredo Abreu de Sousa

Co-Orientador

Dra. Cláudia Isabel Silva Araújo

Porto 2014

Mestrado Integrado em Medicina 2013/2014

Artigo de Investigação Médica para obtenção do grau de Mestre em Medicina pela
Universidade do Porto

**CIRURGIA DO CANCRO DA MAMA INICIAL:
O DILEMA DA DECISÃO**

Cátia Alexandra de Jesus Martins Teixeira e Rodrigues

Aluno nº: 200804392

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

Endereço: Rua das Baldidas nº 40 – 4435-635 Baguim do Monte Gondomar

Contacto Telefónico: 916 059 894

Contacto Eletrónico: catia.a.rodrigues@gmail.com

ORIENTADOR:

Dr. Joaquim Alfredo Abreu de Sousa

Grau académico Licenciatura em Medicina

Título profissional Director do Serviço de Oncologia Cirúrgica do IPO-Porto

Professor Catedrático Convidado do ICBAS

Regente da unidade curricular de Oncologia Geral do Mestrado de Oncologia do ICBAS

CO-ORIENTADOR

Dra. Cláudia Isabel Silva Araújo

Grau académico Licenciatura em Medicina

Título profissional Assistente Hospitalar do Serviço de Oncologia Cirúrgica do IPO-Porto

ÍNDICE

RESUMO.....	v
PALAVRAS-CHAVE.....	v
ABSTRACT.....	vi
KEYWORDS.....	vi
LISTA DE ABREVIATURAS.....	vii
INTRODUÇÃO.....	8
MATERIAL E MÉTODOS.....	10
DESENHO DO ESTUDO.....	10
POPULAÇÃO.....	10
PROCEDIMENTO.....	10
INSTRUMENTOS E MEDIDAS.....	11
ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	13
RESULTADOS.....	15
CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	15
PREFERÊNCIA CIRÚRGICA.....	15
CIRURGIA REALIZADA.....	18
SATISFAÇÃO APÓS A CIRURGIA.....	19
IMAGEM CORPORAL.....	20
SEXUALIDADE.....	24
DISCUSSÃO.....	26
REFERÊNCIAS.....	33

AGRADECIMENTOS.....	36
ANEXOS.....	37
ANEXO 1: INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE.....	38
ANEXO 2: CONSENTIMENTO INFORMADO.....	41
ANEXO 3: PRIMEIRO QUESTIONÁRIO (FASE PRÉ-OPERATÓRIA).....	43
ANEXO 4: SEGUNDO QUESTIONÁRIO (FASE PÓS-OPERATÓRIA).....	47

RESUMO

As taxas de sobrevivência proporcionadas pelas diferentes opções cirúrgicas do cancro da mama inicial são idênticas, pelo que o processo de decisão da opção cirúrgica é sempre individualizado. Na decisão partilhada é fulcral conhecer os fatores internos e externos que influenciam a preferência cirúrgica das mulheres. A cirurgia ao cancro da mama tem consequências a vários níveis psicossociais, nomeadamente na imagem corporal e na sexualidade.

Os objetivos primordiais deste estudo foram: identificar os fatores motivadores que suportam as preferências cirúrgicas das doentes com cancro da mama em estágio inicial, determinar a satisfação das doentes com a cirurgia realizada e compreender os efeitos das diferentes técnicas cirúrgicas sobre a imagem corporal e a sexualidade.

Desenvolveu-se um estudo de coorte, observacional, descritivo, com aplicação de questionários a uma amostra de 102 doentes em 2 momentos diferentes: antes e após a cirurgia da mama. O primeiro questionário pretendeu esclarecer a preferência cirúrgica da doente e caracterizar a sexualidade antes da cirurgia. O segundo questionário pretendeu avaliar o tipo de cirurgia realizada, os efeitos na imagem corporal e na sexualidade com o tipo de cirurgia realizada.

A maioria das doentes da amostra (63,7%) pretendia realizar cirurgia conservadora da mama, sobretudo porque queriam preservar a mama, com o fim de preservar a autoimagem. As mulheres que preferiam mastectomia desejavam sobretudo reduzir o risco de recorrência com o procedimento, evitar a radioterapia e reduzir o tempo de tratamento. Não se observaram diferenças significativas entre a preferência cirúrgica e a cirurgia efetivamente realizada: 73,5% das doentes cumpriram o seu desejo inicial. As mulheres que foram submetidas a cirurgia conservadora da mama referiram maior satisfação após a cirurgia. Este estudo não permitiu avaliar o impacto do tipo de cirurgia na satisfação sexual. Não se identificaram desvios importantes na imagem corporal pós-operatória, contudo à cirurgia conservadora da mama associou-se uma imagem corporal mais positiva.

PALAVRAS-CHAVE

Cancro da mama; Cirurgia conservadora da mama; Mastectomia; Reconstrução da mama; Imagem corporal; Sexualidade

ABSTRACT

The survival rates offered by different surgical options of early breast cancer are identical, so the decision process of surgical option is always individualized. In shared decision, it is crucial to know the internal and external factors that influence women's surgical preference. The breast cancer surgery has consequences at several psychosocial levels, particularly on body image and sexuality.

The primary objectives of this study were: to identify the motivating factors that support the surgical preferences of patients with early-stage breast cancer, to determine the satisfaction of patients with the performed surgery and to understand the effects of different surgical techniques on body image and sexuality.

We developed a descriptive observational cohort study, with the application of questionnaires to a sample of 102 patients at two different times: before and after breast cancer surgery. The first questionnaire intended to clarify the patient's surgical preference and characterize the sexuality before surgery. The second questionnaire intended to assess the type of performed surgery, the effects on body image and sexuality with the type of performed surgery.

The majority of patients in the sample (63,7%) intended to make breast conserving surgery, mainly because they wanted to preserve the breast in order to preserve the self-image. Women who prefer mastectomy desired, above all, to reduce the risk of recurrence with the procedure, avoid radiotherapy and reduce the length of treatment. No significant differences were observed between surgical preference and effectively performed surgery: 73,5% of patients achieved their initial desire. Women who underwent a breast conserving surgery reported greater post-surgery satisfaction. This study did not enable us to evaluate the impact of type of surgery on sexual satisfaction. No major differences in postoperative body image have been identified; however, the breast conserving surgery was associated with a more positive body image.

KEYWORDS

Breast cancer; Breast conserving surgery; Mastectomy; Breast reconstruction; Body image; Sexuality

LISTA DE ABREVIATURAS

CM- Cancro da mama

CC- Cirurgia conservadora da mama

EPOP- Escola Portuguesa Oncologia do Porto

IPOPFG, E.P.E.- Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, Entidade Pública Empresarial

MT- Mastectomia total

MTRD- Mastectomia total com reconstrução diferida

MTRI- Mastectomia total com reconstrução imediata

RT- Radioterapia

SPSS- *Statistical Package for Social Sciences*

INTRODUÇÃO

O cancro da mama (CM) é, no mundo ocidental, o tumor com maior incidência na mulher. Em Portugal, os dados disponíveis de 2012, indicam uma taxa de incidência padronizada pela idade de 67,6/ 100.000 habitantes (1).

O tratamento cirúrgico do CM sofreu nos últimos 30 anos, uma indubitável mudança, longe de radical e ablativa abordagem, da mastectomia total (MT), para um procedimento mais adaptado e conservador, a cirurgia conservadora da mama (CC), na procura de maior qualidade de vida (2-5). A CC inclui tumorectomia/ excisão local e radioterapia (RT), e é um método apropriado de terapia primária para a maioria de mulheres com CM no estágio inicial (2).

As Recomendações Nacionais para o Diagnóstico e Tratamento do Cancro da Mama (6) consideram a CC uma técnica cirúrgica alternativa à MT na maioria das doentes com carcinomas ductais *in situ* e com carcinomas invasores em estádios iniciais. Mais, diretrizes europeias denotam que a reconstrução da mama deve estar disponível para as mulheres submetidas a mastectomia (5, 7), podendo a reconstrução ser realizada no momento da mastectomia (reconstrução imediata) ou alguns meses ou mesmo anos depois do tratamento do tumor primário (reconstrução diferida) (8). A decisão de prosseguir com a reconstrução da mama após a mastectomia é uma questão complexa, influenciada pela indicação clínica, preferência do doente, acesso e disponibilidade de cuidados (9).

Em suma, as principais opções de tratamento cirúrgico disponíveis em doentes com CM operável são: CC; MT; e mastectomia total com reconstrução imediata (MTRI) ou diferida da mama (MTRD). Nas doentes com CM em fase inicial, as taxas de sobrevivência são idênticas entre cirurgias, pelo que a decisão deve ser individualizada e ponderada (10-15).

As razões para opção de uma ou outra cirurgia continuam a ser objeto de debate (14) e tem sido descrito uma grande variabilidade (16). Alguns estudos sugerem que a decisão do tratamento cirúrgico é baseada em fatores clínicos, como o tamanho, extensão, localização e características biológicas do tumor, o envolvimento ganglionar, e fatores não clínicos como a interação complexa entre as recomendações do cirurgião e as preferências do doente (11, 17-19).

As mulheres com CM em estágio inicial devem ter a possibilidade de participar na decisão da cirurgia. A tomada de decisão compartilhada e eficaz entre os doentes e os

profissionais aumenta a satisfação do doente e pode mesmo melhorar o desfecho clínico (4, 10, 12, 16, 20, 21).

Uma miríade de fatores internos e externos influenciam a escolha cirúrgica da mulher. Os fatores internos incluem: a idade, as preocupações com a integridade e imagem corporal, a auto-avaliação de feminidade e sexualidade, a atratividade, o medo de recorrência local, a perceção da possibilidade de sobrevivência, a perspetiva de cura do cancro, as preocupações com os efeitos colaterais, a inconveniência ou eficácia de RT, o tempo de recuperação, e o desejo de evitar uma nova cirurgia (4, 10, 12, 16, 18, 19, 21-23). Os fatores externos condicionadores são: a educação, o nível socioeconómico, o estado civil, a preferência percebida do cirurgião, o conselho/orientação clínica, a influência de outras pessoas (por exemplo, familiares), o tempo decorrido desde o diagnóstico, o local de residência (rural versus urbano), o tipo de hospital, e a disponibilidade das instalações de RT (10, 12, 15, 19, 20). O nível de importância dado a cada fator diverge de mulher para mulher (22).

Decidir que cirurgia realizar é uma tarefa complexa e difícil para a doente, essencialmente porque está no seio de uma cascata de acontecimentos rápidos, stressantes e inesperados: diagnóstico da doença oncológica, incerteza do resultado do tratamento, necessidade de iniciar tratamentos adjuvantes (2, 11, 16, 20, 21).

O principal indicador do progresso e da qualidade dos cuidados do CM é a satisfação da doente (21).

A cirurgia ao CM tem consequências ao nível do funcionamento biopsicossocial (24). A mama é o símbolo corporal da identidade feminina, atratividade e sexualidade por excelência (19, 24, 25). Subsequentemente no pós-operatório emergem preocupações estéticas com a imagem corporal, atitudes sexuais díspares, sentimentos de desvalorização e perda da feminidade (19, 24, 26, 27). Não são consensuais os efeitos sobre qualidade de vida, imagem corporal e sexualidade dos vários procedimentos cirúrgicos (24, 26, 28-31).

Deste modo, este estudo procura: identificar os fatores que afetam a escolha do tipo de intervenção cirúrgica pela doente; perceber se a cirurgia realizada correspondeu à preferência inicial da doente; perceber a satisfação das doentes relativamente à cirurgia a que foram submetidas; analisar o impacto das diferentes cirurgias sobre a imagem corporal e sobre a sexualidade.

MATERIAL E MÉTODOS

DESENHO DO ESTUDO

A investigação realizada teve por base um estudo de coorte, observacional, descritivo.

POPULAÇÃO

A população em estudo é constituída por mulheres adultas, com diagnóstico de CM em estágio inicial, ainda não submetidas a tratamento cirúrgico, admitidas no Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, Entidade Pública Empresarial (IPOPFG, E.P.E), entre 4 de Fevereiro e 18 de Março de 2014.

Desta população foi seleccionada uma amostra de 102 doentes (através de uma amostragem por conveniência).

PROCEDIMENTO

A população seleccionada foi inquirida em 2 momentos diferentes.

No primeiro momento, as doentes foram contactadas antes da cirurgia, correspondendo à fase pré-operatória do estudo. Neste primeiro contacto com as doentes, para além da apresentação do estudo e do pedido de consentimento, aplicou-se o primeiro questionário. Na fase inicial, o contacto foi exclusivamente presencial, e decorreu no dia da consulta de planeamento cirúrgico (previamente à respetiva consulta). De um modo geral, esta primeira abordagem acontece cerca de 2 semanas antes da cirurgia ao CM. Esta fase decorreu entre os dias 4 de Fevereiro e 18 de Março de 2014.

Num segundo momento, a mesma população foi contactada após a intervenção cirúrgica, correspondendo à fase pós-operatória. Nesta etapa, aplicou-se um segundo questionário. O contacto decorreu pessoalmente, aquando as consultas subsequentes à cirurgia, ou telefonicamente. Na generalidade, a segunda abordagem ocorre cerca de 4-6 semanas após o ato cirúrgico. Decorreu entre os dias 1 de Abril e 8 de Maio de 2014.

No decorrer do estudo a amostra foi reduzida para 82 doentes: ocorreram 2 desistências, e 18 das doentes inicialmente inquiridas não puderam responder ao segundo questionário pela limitação temporal do estudo e/ou por questões clínicas associadas.

Todos os procedimentos tiveram em consideração os pressupostos éticos subjacentes à prática de investigação clínica e as normativas correspondentes à instituição de saúde em causa.

A recolha dos dados teve sempre em perspetiva o respeito e salvaguarda da integridade física e psicológica das participantes. A participação neste estudo foi uma atitude voluntária, com garantia de anonimato e de confidencialidade dos dados.

Assim, primeiramente foi formulado um ofício ao conselho de administração da Escola Portuguesa Oncologia do Porto (EPOP), solicitando a autorização para a realização do estudo de investigação no IPOFG, E.P.E..

Após parecer favorável da comissão de ética para a saúde, o estudo foi iniciado.

Previamente forneceu-se a cada doente um documento informativo (Anexo 1), onde consta a súmula do projeto de investigação e seus objetivos, a explicação do procedimento, a garantia da participação voluntária, o direito de desistência sem prejuízo ou penalidade, a segurança do anonimato e da confidencialidade das informações reconhecidas. Adicionalmente é denotado benefícios e riscos com a participação da doente no estudo, com disponibilização para esclarecimento de dúvidas ou outras questões.

Todas as participantes do estudo assinaram um consentimento informado, seguindo as diretrizes da “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial (Anexo 2).

INSTRUMENTOS E MEDIDAS

O primeiro questionário é constituído por 3 partes (Anexo 3). A primeira parte (dados sociodemográficos) contém questões como a idade, escolaridade, estado civil e profissão, de modo a caracterizar a amostra em estudo. Na segunda parte colocam-se 2 questões relativas à patologia cirúrgica, para perceber a preferência cirúrgica da doente (CC, MT, MTRI, MTRD) e as razões de tal escolha (7 fatores dos quais as doentes podem escolher 1 ou mais). Na última parte, avalia-se o nível da satisfação sexual da mulher antes da intervenção cirúrgica. Para tal, utiliza-se o Índice de Satisfação Sexual (32-34), com validação portuguesa (35), após parecer positivo dos autores do índice supracitado. O Índice

de Satisfação Sexual é uma escala de 20 itens que mede o grau ou magnitude da (in)satisfação sexual no contexto do relacionamento de casal. Cada item é cotado numa escala de frequência relativa (tipo *Likert*) de 1 a 7 (1 corresponde a nunca e 7 corresponde a sempre). Foi pedido às doentes para responderem de acordo com o seu relacionamento sexual nas últimas 4 semanas. A ausência de relacionamento sexual no período pedido impossibilitou a resposta a esta parte do questionário. A avaliação da satisfação sexual é conseguida pela aplicação da fórmula $S = (X_i N) (100) / [(K-1) N]$ (após reverter os itens 1, 2, 3, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18) em que X é a resposta a um item, i é o item, K é o número de categorias de resposta, e N é o número de itens devidamente completados. O cálculo desta fórmula permite obter valores de 0 a 100, e as pontuações mais altas indicam maiores níveis de insatisfação sexual. É definido como ponto de cisão o resultado de 30 pontos: um resultado menor ou igual a 30 pontos revela que não existe problemática sexual; se for maior que esta pontuação, existe problemática sexual.

O segundo questionário é constituído por 4 partes (Anexo 4). A primeira parte corresponde aos dados sociodemográficos, com vista a assegurar a entrevista das mesmas doentes, e a colmatar possíveis lacunas ou erros do primeiro questionário. Na segunda parte, colocam-se questões sobre a doença, nomeadamente a correspondência entre a preferência cirúrgica e a cirurgia efetivamente realizada, e em caso de discordância, qual a cirurgia realizada e qual motivo que levou a essa cirurgia (são referidos 4 fatores dos quais devem escolher apenas 1). Neste âmbito, interroga-se também o grau de satisfação com a cirurgia (insatisfeita, pouco satisfeita, satisfeita e muito satisfeita). Na terceira parte é avaliada a imagem corporal após a cirurgia, através da utilização da Escala de Imagem Corporal – BIS (versão original (36)), com validação portuguesa por (37), com a devida autorização dos autores em questão. A Escala de Imagem Corporal - BIS é um instrumento que avalia, brevemente e de forma abrangente, 3 dimensões da imagem corporal (perceção afetiva, comportamental e cognitiva), e foi projetado para uso em doentes com cancro, independentemente do tipo de cancro ou do seu tratamento. É constituído por 10 questões, as quais são cotadas numa escala de 0 a 3, 0 corresponde a nada, 1 a um pouco, 2 a moderadamente, e 3 a muito. Todos os itens são somados, dando origem a uma pontuação global. Não há itens invertidos. A pontuação máxima é de 30; a mínima é 0. Uma pontuação igual a zero representa “nenhum sintoma/ nenhuma perturbação”; pontuações mais elevadas, maior número de “sintomas/ perturbações”. Para avaliar a satisfação sexual após a intervenção cirúrgica, torna-se a aplicar o instrumento previamente usado, o Índice de Satisfação Sexual (32-34), com validação portuguesa (35).

ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise estatística do trabalho foi efetuada recorrendo-se ao programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 22.

A análise estatística descritiva das variáveis categóricas efetuou-se com recurso a frequências e as percentagens. Para a análise de variáveis quantitativas (contínuas e discretas) foram utilizadas medidas de tendência central (média e mediana) e medidas de dispersão (amplitude, mínimo, máximo, e desvio padrão).

Na estatística inferencial considerou-se como nível de significância estatística $\alpha = 0,05$.

Relativamente à preferência cirúrgica, para a avaliação da sua dependência estatística com variáveis sociodemográficas como a escolaridade e estado civil foi utilizado o teste Qui-Quadrado.

No sentido de investigar a relação entre os fatores selecionados pelas mulheres, como os mais importantes para a sua deliberação sobre a cirurgia, e a sua preferência cirúrgica procedeu-se à realização de tabelas de referência cruzada, aplicando-se *a posteriori* o teste de Qui-quadrado. É essencial notar, que só foi possível nesta instância a aplicação do teste Qui-quadrado após agrupar as categorias MT, MTRI, MTRD numa categoria única, denominada de mastectomia. Assim, a combinação de categorias adjacentes possibilitou o aumento das frequências esperadas nas diversas células, e a utilização correta do teste Qui-quadrado. Portanto, na inferência estatística relacionou-se os 7 fatores de preferência cirúrgica e a escolha de CC ou de mastectomia (englobando MT, MTRI, MTRD). Acrescenta-se ainda, que na execução destas inferências, quando necessário, procedeu-se à correção para continuidade ou correção de *Yates*. Mais, quando as frequências esperadas são inferiores a 5, optou-se pelo teste exato de *Fisher*.

Para perceber a correspondência entre a cirurgia realizada pela doente e a preferência cirúrgica inicial foram elaboradas tabelas de referência cruzada. A associação entre estas duas variáveis foi realizada com a aplicação do teste de *Mc Nemar*, após redução de ambas as variáveis a apenas 2 categorias: CC e mastectomia. Ainda no que diz respeito à cirurgia realizada procurou-se entender se há alguma relação entre a cirurgia realizada e a idade das mulheres submetidas ao ato cirúrgico, através do teste *Kruskal-Wallis*.

Com vista a aferir algum tipo de associação entre o grau de satisfação pós-operatória e o tipo de cirurgia realizado foram criadas tabelas de referência cruzada e aplicado posteriormente o teste Qui-quadrado (após agrupar as categorias MT e MTRI numa só

categoria denominada mastectomia). Este mesmo procedimento foi usado para comparar o grau de satisfação, com a conformidade entre a preferência cirúrgica e a cirurgia realizada.

Verificou-se a relação da imagem corporal após a cirurgia com o tipo de cirurgia realizado e com o seu nível de satisfação, através da aplicação do teste *Kruskal-Wallis*. Concomitantemente achou-se pertinente aferir se, a imagem corporal após a cirurgia associa-se com a realização da cirurgia consonante às preferências da mulher. Para este fim, utilizou-se o teste *Mann Whitney*.

Para avaliar a relação entre a satisfação sexual da amostra antes e depois da intervenção cirúrgica à mama, foi aplicado o teste de *Mann-Whitney*. Paralelamente foi crucial relacionar o nível de satisfação sexual com as seguintes variáveis: tipo de cirurgia realizada, nível de satisfação pós-cirurgia e correspondência entre a cirurgia preferida e a realizada. Para tal foram usados os testes *Kruskal-Wallis* (nas 2 primeiras associações) e teste de *Mann-Whitney* (na última associação).

RESULTADOS

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Participaram neste estudo 102 mulheres, com CM em estágio inicial, com idades compreendidas entre os 33 e os 87 anos (média de $56,60 \pm 11,05$). Destas a maioria casadas ou em união de facto (75,5%), sendo as restantes solteiras (3,9%), divorciadas ou separadas (11,8%) e viúvas (8,8%). As habilitações literárias das participantes vão desde o analfabetismo (numa percentagem *minor* de 2%), até ao ensino superior, sendo que o nível de escolaridade predominante é o ensino básico (ao qual pertence 53,9%). Em termos profissionais, 26,5% das mulheres encontram-se reformadas, 5,9% desempregadas, e as demais com vida profissional ativa exercem funções díspares, desde atividades intelectuais e científicas, até a trabalhos não qualificados.

PREFERÊNCIA CIRÚRGICA

No que concerne às preferências cirúrgicas, 63,7% das doentes preferem realizar CC, 19,6% MT, 9,8% MTRI e uma menor percentagem 6,9% MTRD. As preferências cirúrgicas não mostram qualquer associação com a idade, escolaridade ou estado civil das doentes.

Quando questionadas sobre os fatores que contribuem para a sua preferência cirúrgica, e após a apresentação de 7 condições possíveis: 71,6% das mulheres assinala que apenas 1 fator condiciona-lhe a escolha da cirúrgica; 17,6% regista 2 fatores; 6,9% considera 3 fatores; e 4% assinala mais que 3 fatores a motivar a sua decisão.

Perante os fatores enumerados: 55,9 % das mulheres ponderam a sua escolha com base na preservação da mama; 22,5% consideram crucial minimizar o risco de recorrência; 19,6% privilegiam a não perturbação da sua imagem corporal; 18,6% consideram que a mastectomia resolve o problema definitivamente; 14,7% acham essencial minimizar o tempo de tratamento ou o retorno rápido ao seu quotidiano; 8,8% pretendem evitar o tratamento da mama com RT e por fim 6,9% das mulheres assinalam que o motivo da sua predileção baseia-se na premissa que a mastectomia é um tratamento mais radical e eficaz.

Paralelamente procurou-se perceber se há alguma relação entre as opções cirúrgicas privilegiadas e cada um dos fatores selecionados.

Verificou-se que nas mulheres que têm como preferência cirúrgica a CC, 84,6% premeiam a preservação da mama; enquanto que entre as mulheres que pretendem realizar mastectomia, 5,4% valorizam também este fator (Tabela I), nomeadamente as mulheres que têm como preferência cirúrgica a realização de MTRI. Verifica-se uma associação significativa entre a escolha de CC e a pretensão de preservar a mama (Tabela II).

Relativamente à redução do risco de recorrência, entre as mulheres que preferem CC, 4,6% valorizam a minimização do risco de recorrência; contudo esta percentagem eleva-se para 54,1% nas doentes que assumem a sua opção por mastectomia (Tabela I). Existe uma associação estatisticamente significativa entre a escolha preferencial de mastectomia e a valorização da redução do risco de recorrência (Tabela II).

Aferiu-se também que, 23,1% das mulheres que escolhem a CC pretendem não perturbar a sua imagem corporal, ao passo que 13,5% das mulheres que preferem realizar mastectomia (nomeadamente MTRI, MTRD) selecionam como importante condicionante da sua escolha a não perturbação da imagem corporal (Tabela I). Deste modo, não há uma associação estatisticamente significativa entre as diferentes preferências cirúrgicas e o parâmetro de não perturbação da imagem corporal (Tabela II).

Na opção a mastectomia resolve o problema definitivamente, nenhuma mulher que prefere realizar CC seleciona este fator; enquanto 51,4% das mulheres que elegem mastectomia selecionaram este fator como aquele que motivou a sua escolha cirúrgica (Tabela I). Existe uma associação significativa entre a escolha de mastectomia e a explicação: a mastectomia soluciona o problema em definitivo (Tabela II).

Adicionalmente, 6,2% das mulheres que preferem CC, procuram minimizar o tempo de tratamento ou voltar rapidamente ao seu quotidiano; contudo a percentagem sobe para 29,7% quando se trata do desejo de realizar mastectomia (Tabela I), englobando de modo parcelar todas as categorias (MT, MTRI e MTRD), mas com maior expressão da MTRI. Ou seja, 29,7% das mulheres preferem mastectomia, porque pretendem minimizar o tempo de tratamento ou retornar o mais rápido ao seu dia-a-dia habitual. Assim, verifica-se uma associação significativa entre a preferência por mastectomia e a procura de minimizar o tempo de tratamento ou de regressar rapidamente ao seu quotidiano (Tabela II).

Os resultados obtidos mostraram que, nenhuma mulher que opta por CC tem como objetivo evitar o tratamento da mama com RT, ao passo que 24,3% das mulheres que preferem realizar mastectomia, justificam-no pela evicção da RT à mama (Tabela I). Existe

uma associação entre a preferência de realizar mastectomia e o motivo: evitar o tratamento da mama com RT (Tabela II).

Por último, 1,5% das doentes optam por CC porque a mastectomia é um tratamento mais radical e eficaz, e 16,2% das doentes que preferem mastectomia indicam que a mastectomia é um tratamento mais radical e eficaz (Tabela I). Há uma associação significativa entre a escolha de mastectomia e o julgamento que a mastectomia é o tratamento mais radical e eficaz (Tabela II).

Tabela I - Tabela de referência cruzada entre as preferências cirúrgicas e os fatores que afetam a escolha da cirurgia

Fatores de escolha		Preservação da Mama		Minimização do Risco de Recorrência		Não Perturbação da Imagem Corporal		Mastectomia Soluciona o Problema em Definitivo		Minimizar o Tempo de Tratamento/ Voltar Rápido ao Quotidiano		Evitar o Tratamento da Mama com RT		Mastectomia é um Tratamento mais Radical e Eficaz	
		Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
CC	Número	10	55	62	3	50	15	65	0	61	4	65	0	64	1
	%	15,4	84,6	95,4	4,6	76,9	23,1	100,0	0,0	93,8	6,2	100,0	0,0	98,5	1,5
M*	Número	35	2	17	20	32	5	18	19	26	11	28	9	31	6
	%	94,6	5,4	45,9	54,1	86,5	13,5	48,6	51,4	70,3	29,7	75,7	24,3	83,8	16,2
Total	Número	45	57	79	23	82	20	83	19	87	15	93	9	95	7
	%	44,1	55,9	77,5	22,5	80,4	19,6	81,4	18,6	85,3	14,7	91,2	8,8	93,1	6,9

*Mastectomia (inclui MT, MTRI, MTRD)

Tabela II - Resultado da aplicação do teste Qui-quadrado na associação entre as preferências cirúrgicas e os fatores que afetam a escolha da cirurgia pela doente

Fatores de escolha	Teste	Valor	Significância (2 lados)
Preservação da Mama	Correção de Yates	56,835	0,000
Minimização do Risco de Recorrência	Correção de Yates	30,228	0,000
Não Perturbação da Imagem Corporal	Correção de Yates	0,829	0,363
Mastectomia Soluciona o Problema em Definitivo	Correção de Yates	37,701	0,000
Minimizar o Tempo de Tratamento/ Voltar Rápido ao Quotidiano	Correção de Yates	8,653	0,003
Evitar o Tratamento da Mama com RT	Teste de Fisher	----	0,000
Mastectomia é um Tratamento mais Radical e Eficaz	Teste de Fisher	----	0,009

CIRURGIA REALIZADA

Aferiu-se que 73,5% das mulheres realizaram a cirurgia que desejavam, sendo que as restantes (26,5%) submeteram-se portanto a uma cirurgia que não pretendiam inicialmente, destas 37,0% realizaram CC e 63,0% realizaram MT. O fator que condicionou a mudança de opção cirúrgica foi unânime em todas as mulheres: opinião médica e /ou critério clínico.

Constatou-se que 60,8% da amostra realizou efetivamente CC, 34,3% foi submetida a MT e apenas 4,9% efetuou MTRI. A taxa de reconstrução imediata em mulheres mastectomizadas foi de 14,3%.

No ponto de vista da associação entre a preferência cirúrgica inicial e a cirurgia realizada descreve-se em seguida os principais resultados.

Das mulheres que pretendiam CC, 78,5% efetuaram na realidade CC, sendo as restantes submetidas a MT. No que se refere à pretensão inicial de realização de MT, 66,8% realizaram efetivamente MT. Já as doentes que desejavam executar MTRI, apenas 50% realizaram esta cirurgia, pelo que a outra metade foi submetida quer a MT, quer a CC (20% e 30% respetivamente).

Para associar as variáveis preferência cirúrgica e cirurgia realizada, sintetizou-se as categorias em CC e mastectomia. Nesta conjuntura, verifica-se que 78,5% das mulheres que preferiam a CC realizaram CC; contudo 70,3% das mulheres que elegeram a mastectomia, acabaram por realizar mastectomia. Verifica-se que na amostra não há uma mudança significativa entre a preferência cirúrgica e a cirurgia efetivamente realizada ($P=0,690$).

É crucial notar que as mulheres submetidas a MTRI têm uma média e mediana de idades (média= 43,80; mediana= 42,00) significativamente díspar, comparativamente às mulheres submetidas a CC (média= 57,10; mediana=57,00) e MTRI (média= 57,54; mediana=57,00). Comparando a idade das doentes com a cirurgia a que foram submetidas verificou-se que, existem evidências estatisticamente significativas ($P= 0,035$) da diferença na idade entre as distintas cirurgias: CC, MT e MTRI.

SATISFAÇÃO APÓS A CIRURGIA

Relativamente ao grau de satisfação pós-operatório, nenhuma mulher demonstra insatisfação, 22,0% assumem pouca satisfação, 54,9% afirmam estar satisfeitas e 23,2% declaram muita satisfação perante a cirurgia a que foram submetidas.

Ao correlacionar o grau de satisfação com o tipo de cirurgia realizado à mama, verificou-se que das doentes pouco satisfeitas: 55,6% realizaram CC; 38,9% MT; e 5,6% MTRI. As doentes que afirmam-se como satisfeitas: 51,1% realizaram CC; 40,0% MT; e 8,9% MTRI. Por último, as doentes com muita satisfação realizaram 84,2% CC e 15,8% MT. Analisando os dados noutra prisma, verificou-se que das doentes que realizaram CC: 20,4% encontram-se pouco satisfeitas; 46,9% satisfeitas e 32,7% muito satisfeitas. As mulheres que se submeteram a MT, 25,0% relatam pouca satisfação, 64,3% satisfação e em 10,7% satisfação. Nas doentes submetidas a MTRI: 20% estão pouco satisfeitas e 80% satisfeitas.

Ao comparar o grau de satisfação após a cirurgia com o tipo de cirurgia realizado (CC ou mastectomia), verifica-se que há uma associação estatisticamente significativa entre as 2 variáveis ($P=0,044$).

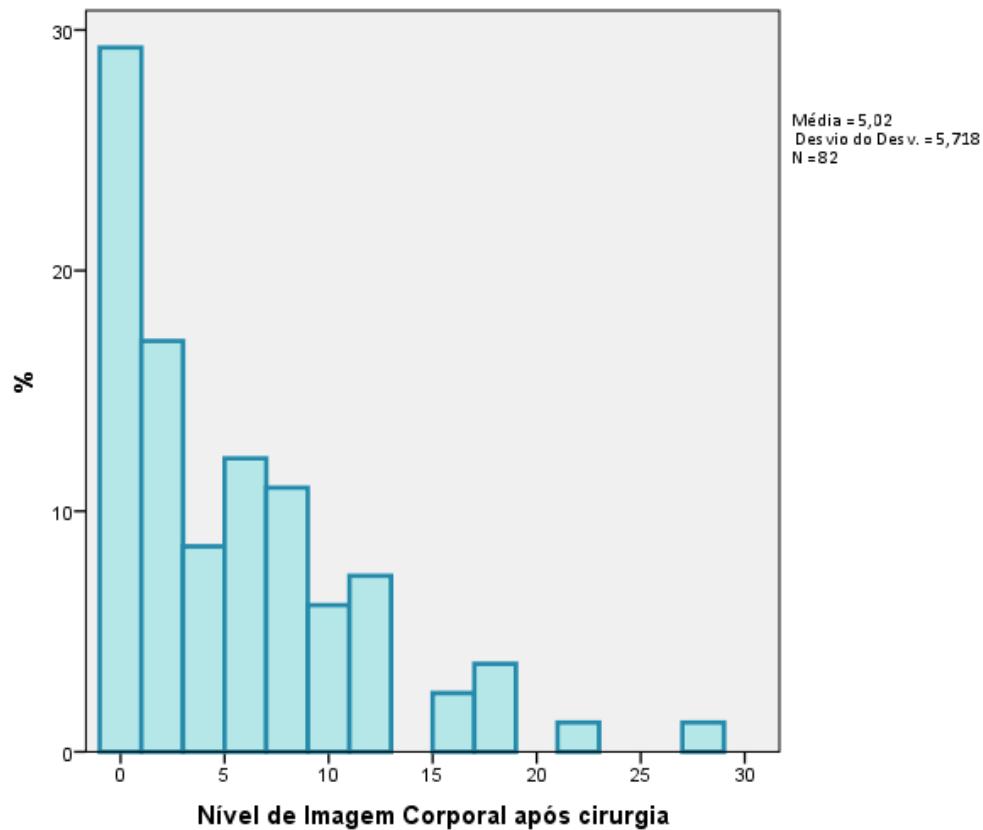
De igual modo, procurou-se sistematizar uma possível associação entre a satisfação após a cirurgia e o facto de se realizar a cirurgia primordialmente desejada. Nesta peculiar associação observou-se que 61,1% das doentes pouco satisfeitas foram submetidas à cirurgia que pretendiam, 68,9% das doentes satisfeitas fizeram a cirurgia desejada e 89,5% das doentes que se assumem como muito satisfeitas realizaram a cirurgia ambicionada inicialmente. Note-se contudo que, não há uma associação estatisticamente significativa entre o grau de satisfação e a conformidade cirúrgica com a preferência da mulher ($P=0,126$).

Quando questionadas sobre a recomendação da sua cirurgia a outras mulheres com a mesma patologia, em semelhante estágio: 90,2% das doentes recomendam a cirurgia a que foram submetidas a outrem, 2,4% não fazem tal sugestão, e 7,3% não conseguem opinar neste assunto.

IMAGEM CORPORAL

Com a aplicação da escala de imagem corporal, procurou-se determinar o nível de imagem corporal na amostra após a realização da cirurgia à mama, tendo em mente, que valores próximos de 0 mostram nenhuma ou reduzida perturbação nesta diretriz, e que valores próximos de 30 correspondem a perturbação máxima desta entidade individual. A amostra caracterizou a sua imagem corporal com valores compreendidos entre o 0 e 27 (média de $5,02 \pm 5,72$) (Figura 1).

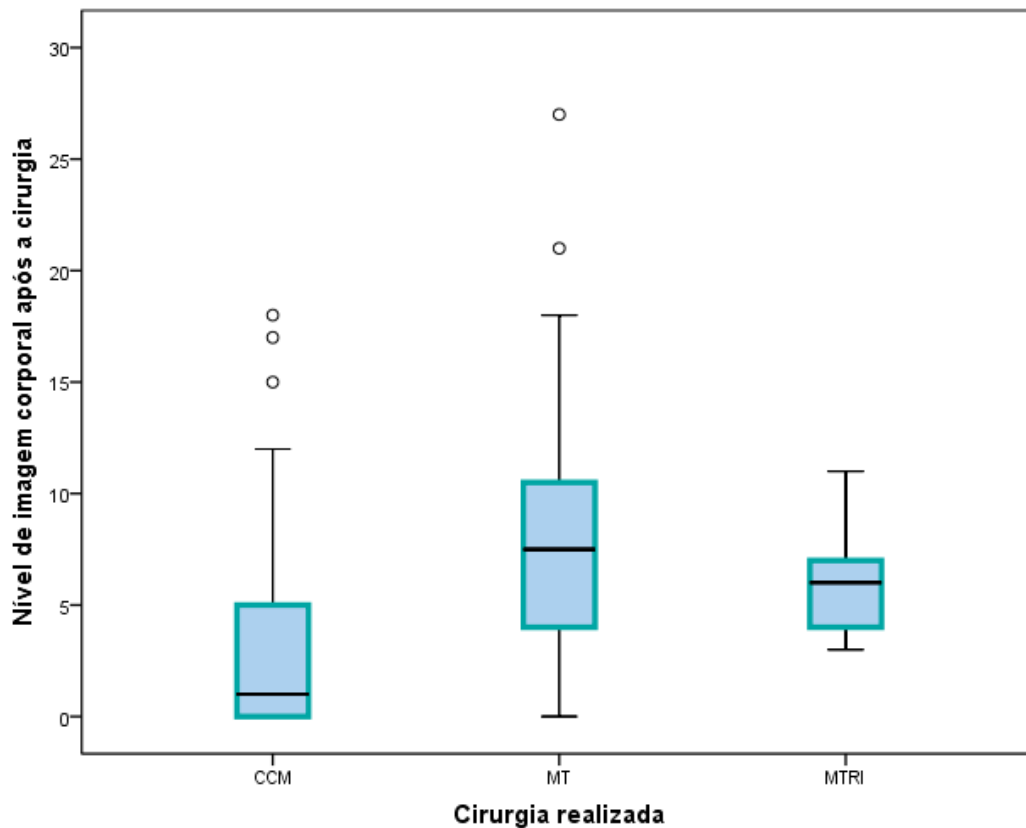
Figura 1- Histograma que representa a distribuição percentual da amostra mediante os resultados da aplicação da escala de imagem corporal após a cirurgia



Não há qualquer tipo de relação entre a idade das doentes e o seu nível de imagem corporal pós-operatória.

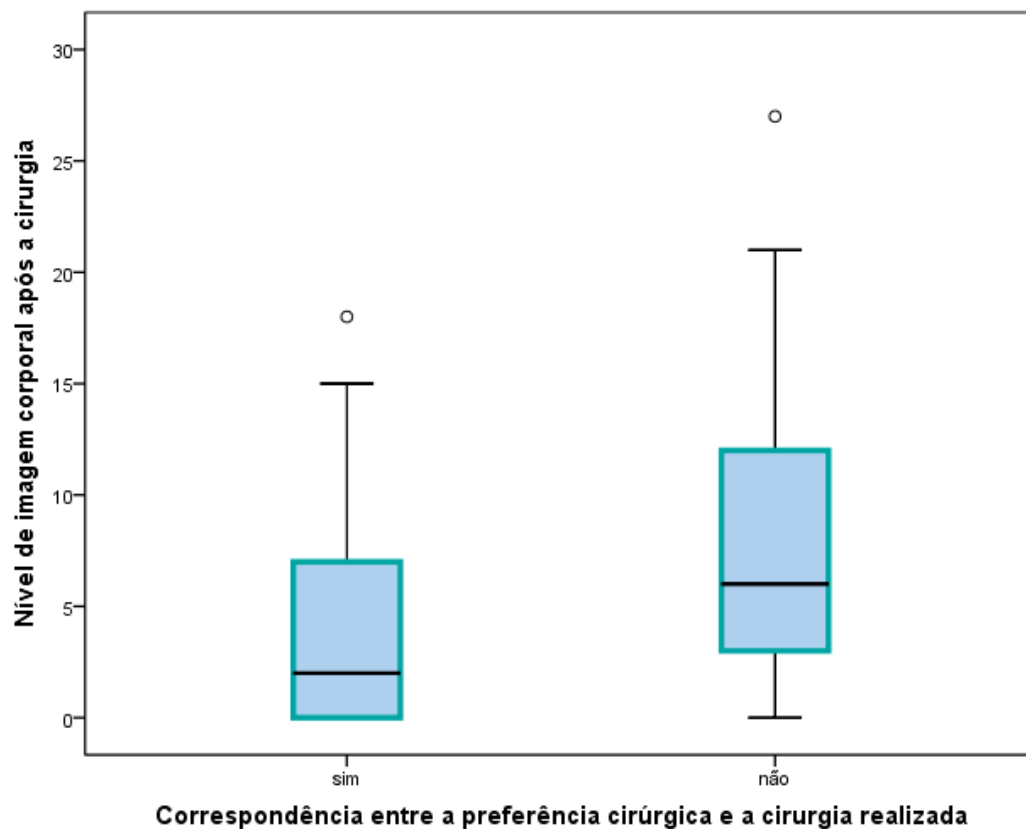
Foi importante perceber a relação entre a imagem corporal e o tipo de cirurgia realizado. Verificaram-se níveis inferiores na escala de imagem corporal, ou seja, menos perturbação na imagem corporal, nas mulheres submetidas a CC (Figura 2). Deste modo, constatou-se que existem evidências estatisticamente significativas da discrepância da imagem corporal, nas diferentes cirurgias à mama ($P=0,000$).

Figura 2- Diagrama em caixa que representa a distribuição das doentes pelos níveis de imagem corporal segundo o tipo de cirurgia realizada



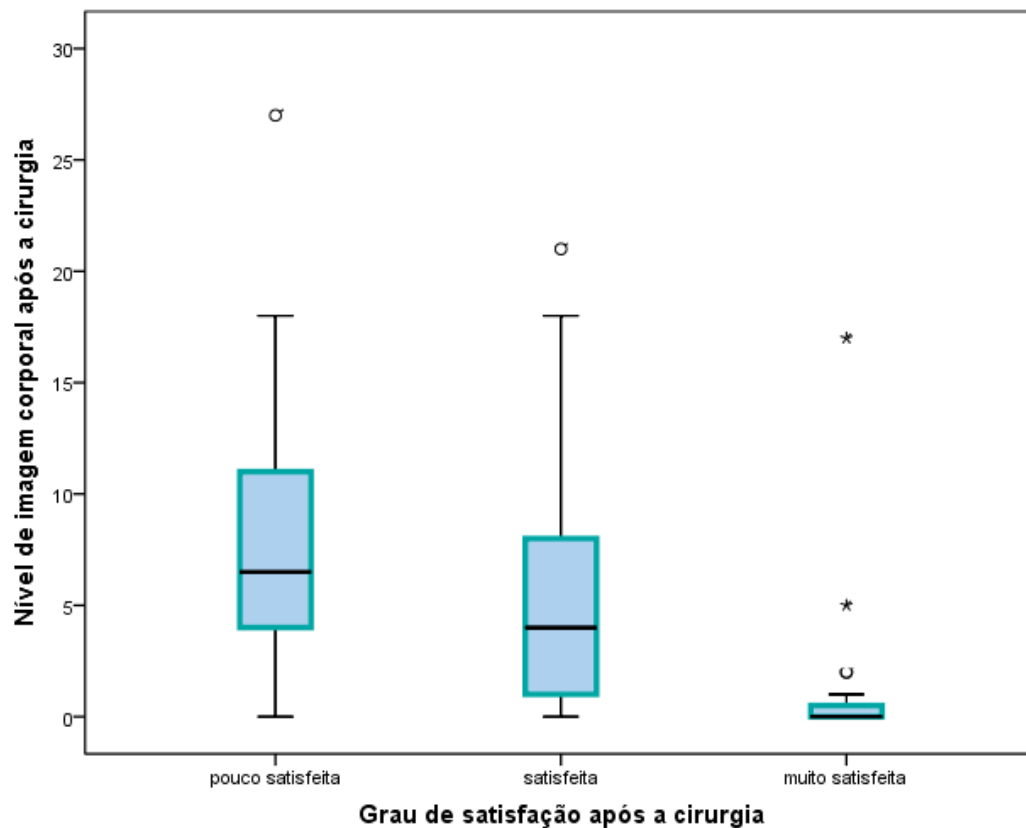
Relacionando a imagem corporal com a concretização da cirurgia pretendida constatou-se que, as doentes que foram submetidas à cirurgia que desejavam previamente têm melhor imagem corporal, que as mulheres que não concretizaram a sua preferência (Figura 3). Aplicando testes estatísticos depreendeu-se que é altamente significativo a diferença da imagem corporal nos 2 grupos de doentes - cirurgia corresponde à sua preferência inicial e cirurgia não corresponde à sua preferência inicial ($P=0,002$).

Figura 3 - Diagrama em caixa que representa a distribuição das doentes pelos níveis de imagem corporal segundo a correspondência entre a preferência cirúrgica e a cirurgia realizada



Verificou-se também que as doentes com maior grau de satisfação após cirurgia, apresentaram similarmente melhor imagem corporal (Figura 4). Concretamente existem evidências estatisticamente significativas de diferenças na imagem corporal das doentes, mediante os diferentes níveis de satisfação pós-cirurgia ($P=0,000$).

Figura 4 - Diagrama em caixa que representa a distribuição das doentes pelos níveis de imagem corporal segundo o grau de satisfação após a cirurgia



SEXUALIDADE

O grau de satisfação sexual das doentes com CM foi avaliado pela aplicação do Índice de Satisfação Corporal, numa escala de 0 a 100, em que níveis mais altos correspondem a maior insatisfação sexual.

Antes da cirurgia, a amostra caracterizou a sua satisfação sexual com valores compreendidos entre o 0 (mínimo) e 85 (máximo), com média de $31,46 \pm 16,48$. Após a cirurgia, a amostra definiu a sua satisfação sexual com valores compreendidos entre o 5 (mínimo) e 75 (máximo), com média de $32,37 \pm 15,23$. Não se verificam diferenças significativas na satisfação sexual entre as mulheres antes e após a cirurgia ($P=0,715$).

Constatou-se que não há uma associação entre a satisfação sexual e a idade da amostra investigada.

Mais, não foi possível demonstrar diferenças significativas na satisfação sexual conforme o tipo de cirurgia à mama realizado ($P=0,689$).

Paralelamente, não foi estatisticamente evidente divergências no nível de satisfação sexual nas doentes que realizaram a cirurgia preferida, comparativamente às doentes em que a cirurgia efetuada não foi a que desejavam ($P=0,496$).

Por último, não existem evidências estatisticamente significativas da diferença na satisfação sexual nas mulheres, mediante ao grau de satisfação após a cirurgia a que foram submetidas ($P=0,789$).

DISCUSSÃO

O processo de decisão do tipo de cirurgia do CM mudou consideravelmente nas últimas décadas. Atualmente, a doente tem um papel basilar nesta escolha, emergindo daqui o desafio clínico do estudo dos valores e preferências individuais das doentes.

Na amostra avaliada, as preferências cirúrgicas descritas não se relacionaram com a idade, escolaridade ou estado civil. Relativamente à associação das preferências cirúrgicas com variáveis sociodemográficas, as investigações prévias oferecem dados dissonantes. Em alguns estudos, a idade foi o único fator descrito: mulheres mais jovens foram mais propensas a preferir CC (12, 19). Outros estudos sugerem que o grau de escolaridade pode constituir um fator significativo, com as mulheres mais educadas a compreender melhor a informação quanto à probabilidade de recidiva e sobrevivência global e, como resultado, aceitariam a CC com mais frequência (17). Paradoxalmente, outros estudos associam um maior nível de escolaridade e empregabilidade à escolha de mastectomia (12).

Correlacionando as preferências cirúrgicas com os fatores promotores para tais escolhas, percebeu-se que 63,7% doentes com CM escolhem CC, com sentido claro de preservar a mama. Este achado é concordante com outras publicações, doentes que expressam maior preocupação com a perda da mama, com a desfiguração e com a redução de feminilidade, preferem a CC (12, 38).

Por outro lado, as mulheres que assinalaram, como preferência cirúrgica, a mastectomia (com ou sem reconstrução), justificaram-no primariamente pela redução do risco de recorrência, pela resolução do problema em definitivo, pela redução do tempo de tratamento e pela possibilidade de evitar a RT à mama, e por último, uma minoria, acredita que a mastectomia é um tratamento mais radical e eficaz. Esta linha de motivação para mastectomia é coincidente com outros estudos. Preocupações com o risco de recorrência e com a progressão da doença sobrepõem-se às inquietações estéticas nas doentes que preferem a mastectomia (12, 18, 19, 21). Em menor medida, as mulheres pretendem evitar a radiação (pela inconveniência do tratamento e pelos efeitos colaterais) e recuperar rapidamente do tratamento (12, 15, 18).

Neste estudo, não se verificou uma preferência substancial pela cirurgia reconstrutiva. Diversas razões são apontadas na literatura para tal desinteresse: muitas mulheres não sentem que é essencial para bem-estar físico ou emocional (14).

O diagnóstico de CM constitui uma experiência disruptiva e por vezes tumultuosa para as doentes e sua família. Nos processos de discussão do diagnóstico, do prognóstico e das

opções terapêuticas, a informação deve ser facultada às doentes. A partilha de informação visa, por um lado, proporcionar ao doente um maior conhecimento da sua patologia e uma perceção mais precisa do seu risco, e por outro lado, reduzir conflitos de decisão que levam à passividade e incerteza. Num cenário de uma prática clínica centrada no doente, é essencial proporcionar aos doentes informação em tempo adequado que permita a sua participação no processo de decisão e a definição das suas preferências de forma clara e informada. O processo de tomada de decisão centrado no doente é uma importante componente da qualidade do atendimento e está intimamente ligada à satisfação da doente.

No decorrer do nosso estudo, verificou-se que 73,5% das mulheres realizaram a cirurgia que desejavam. Na restante amostra, a mudança de opção deveu-se a critérios clínicos ou ao juízo dos médicos intervenientes. A maioria das mulheres tomou a decisão do tratamento cirúrgico, de modo individual ou de forma partilhada com o cirurgião. Algumas doentes acreditam que decidir de acordo com a preferência do médico é a melhor garantia de obter um bom tratamento (12).

Nesta investigação, não se verificaram diferenças significativas entre a preferência cirúrgica e a cirurgia efetivamente realizada. Tal como noutros estudos, a maioria das doentes teve um tratamento que foi concordante com os seus objetivos iniciais (39).

Verificou-se que 78,5% das mulheres que preferiam CC realizaram efetivamente CC. Segundo a literatura, algumas mulheres são desaconselhadas a fazer CC pela dimensão do tumor, pela sua localização e pela sua extensão, isto é, multicentralidade, multifocalidade, ou ainda pela existência de microcalcificações extensas suspeitas (14).

Por outro lado, 70,3% das mulheres que elegeram a mastectomia acabaram por realizar mastectomia, pelo que as restantes foram submetidas a CC. Neste grupo, muitas mulheres ainda não estão convencidas que CC oferece igual probabilidade de sobrevivência à mastectomia (14).

Alguns cirurgiões podem preferir CC. Frequentemente relatam-se conflitos com as doentes que são elegíveis para a CC (sem contraindicação clínica) mas que preferem mastectomia (39). Só depois de ouvidas as preocupações das doentes, os médicos podem aconselhar devidamente o melhor tratamento. Envolver as doentes nas decisões de tratamento, abstendo-se de influenciar em excesso, é uma tarefa difícil. Esta necessita não só de tempo, mas também de habilidades de comunicação eficazes (12). As doentes que participam neste processo de decisão apresentam geralmente melhores resultados

psicológicos, nomeadamente níveis inferiores de ansiedade e depressão, uma atitude mais otimista em relação ao futuro, e um melhor funcionamento físico e psicológico (4).

Na amostra em questão, mais de um terço das mulheres foram submetidas a mastectomia. Esta percentagem é similar a outras publicações, apesar do consenso profissional que a maioria das mulheres com CM em estágio inicial são boas candidatas para CC (18). Das mulheres mastectomizadas, apenas uma pequena percentagem realizou MTRI. A taxa de reconstrução imediata registada foi de 14,3%. As taxas de reconstrução variam muito em diferentes países, e em diferentes centros dentro do mesmo país, de cerca de 5% a mais de 40%, e é significativamente influenciada pela idade e localização geográfica (9).

Comparando a idade com a cirurgia realizada, constatou-se que este parâmetro sociodemográfico influencia o tipo de cirurgia realizada, nomeadamente no que concerne à realização de MTRI. As mulheres submetidas a mastectomia com reconstrução mamária são mais jovens do que aquelas que receberam CC ou mastectomia apenas (9, 26). As mulheres jovens, casadas/em união de facto, com maior grau de escolaridade e maior nível socioeconómico têm também maior probabilidade de realizarem reconstrução (26).

No presente estudo verificou-se uma associação entre a satisfação pós-operatória e o tipo de cirurgia, com a CC a possibilitar maior satisfação. Outros estudos revelaram uma diferença significativa na satisfação entre os diferentes procedimentos, a favor da CC (38). As mulheres que realizaram mastectomia sem reconstrução são mais propensas a relatar um baixo grau de satisfação com o tipo de cirurgia realizada e com o processo pelo qual a decisão da cirurgia foi feita (21).

Alguns estudos acrescentam que não há uma diferença estatisticamente significativa nas taxas globais de satisfação no grupo das mulheres submetidas a reconstrução em comparação com o grupo de mulheres sem reconstrução (9). Tal justifica-se muitas vezes pela persistência da dor no pós-operatório. Contrariamente algumas publicações afirmam que a MTRI está associada com altos níveis de satisfação da mulher (3, 7, 21). A combinação de procedimento ablativo e reconstrutivo, oferece uma intervenção num único ato que agrada às doentes em termos de tempo de internamento e de retorno ao trabalho (3).

Maior compreensão da satisfação dos doentes relativamente aos tratamentos recebidos e do processo de tomada de decisão em relação à qualidade de vida é crítica para o

desenvolvimento de intervenções clínicas efetivas e de diretrizes de políticas destinadas a doentes com CM.

O pós-operatório da cirurgia de CM deve ser encarado como um conjunto distinto de desafios e realidades nas necessidades psicossociais das mulheres. Mais do que perceber as consequências biofisiológicas do tratamento do CM, é imperial apreender as suas implicações, nas diferentes dimensões da qualidade de vida, nomeadamente na perspetiva da imagem corporal e da sexualidade.

A imagem corporal não significa apenas a aparência física. Esta figuração inclui também a integridade corporal, ou seja, a perceção do corpo como intacto, completo e funcionando inteiramente (24).

No presente estudo, a média das pontuações totais relativa à imagem corporal foi de 5,02 (0- 30) o que indica que, em média, as participantes não apresentam deficiências no que respeita à valorização da sua aparência. Este achado é coincidente com um estudo nacional, no qual as participantes não revelavam problemas no modo como valorizam a sua aparência (24), contudo sabe-se que os problemas com a imagem corporal são particularmente comuns após a cirurgia de mama (19), e muitas vezes com o impacto significativo a longo prazo (40).

O tipo de cirurgia realizada influencia a imagem corporal. A CC acarreta significativamente menos danos a este nível, resulta em menos mudanças na imagem corporal, que a mastectomia com ou sem reconstrução. Publicações anteriores referem que mulheres submetidas a CC, tiveram menos mudanças na sua imagem corporal, do que aquelas que foram submetidas a mastectomia (19, 26, 38). Não obstante, nem todas as mulheres submetidas a CC se sentem satisfeitas com a sua aparência (4, 19). Vários fatores explicam esta desigualdade. Os resultados estéticos variam amplamente, doentes com pronunciada assimetria mamária são mais propensas a experimentarem disfuncionalidade psicossocial (19). Mulheres que investem mais na sua aparência mostram maior insatisfação com a imagem corporal, mesmo quando essas alterações são reduzidas (4). As mulheres para quem a aparência física constitui um contributo determinante para a sua autoestima, a conservação da mama pode ser um fator crítico na manutenção do bem-estar psicológico, conjugal, social e mesmo físico da mulher (4).

Mulheres submetidas a MTRI apresentaram valores na escala de imagem corporal mais próximos às mulheres submetidas a MT, do que ao grupo de mulheres submetidas a CC. O benefício para a imagem corporal nas mulheres submetidas a mastectomia com

reconstrução foi menor do que o esperado. As doentes que são submetidas a reconstrução, correspondem a um subgrupo de mulheres habitualmente preocupadas com sua atratividade, pelo que o resultado obtido depois da cirurgia reconstrutiva pode estar longe do satisfatório (31).

Concomitantemente, a imagem corporal sofre menores perturbações quando a mulher realiza a cirurgia que perspetivava inicialmente. Mulheres mais satisfeitas com o procedimento cirúrgico exibem melhor imagem corporal.

A atração sexual e o sentimento de conforto durante a intimidade sexual tornam-se problemáticos nas doentes com CM.

Constatamos que, as doentes submetidas a cirurgia apresentam no pré-operatório um índice de satisfação sexual médio de 31,46 (0-100), e no pós-operatório um índice de satisfação sexual médio de 32,37 (0-100). Mais uma vez, este resultado é concordante com um estudo nacional que revelava índices médios de satisfação sexual, após cirurgia ao CM, de 34,03 (0-100) (24). No quotidiano, a mulher pode camuflar a “ferida” fisicamente e, em certa medida, também psicologicamente. No entanto, na atividade sexual, a camuflagem é revelada (31). Algumas mulheres tentam esconder o seu corpo, mesmo do seu companheiro, não querendo que eles vejam ou toquem (31). A diminuição da atração sexual e do conforto íntimo impossibilita a normalização da sexualidade. Contudo é crucial ter em mente que, não se verificam diferenças significativas na satisfação sexual das mulheres antes e após a cirurgia. A satisfação sexual varia, em função, da forma como a atividade sexual antecedente à cirurgia foi caracterizada. Para avaliar o real impacto da doença na vida e na sexualidade das mulheres com CM é primordial avaliar como era vivida a sexualidade antes do aparecimento da doença (41).

No presente estudo, constatou-se que as alterações na esfera sexual pós-cirurgia, nomeadamente satisfação sexual, não se correlacionam com a idade das doentes ou com o tipo de cirurgia realizada. Achados similares demonstram que, os problemas sexuais não se relacionam com fatores sociodemográficos (42). Estudos díspares referem que, a função e o prazer sexual relacionam-se inversamente com a idade e o estado civil (30). Nesta linha, casais jovens mostram maior angústia na reabilitação sexual, pelas altas expectativas relacionadas à beleza física, menos preparação para enfrentar a questão e o abandono ou adiamento de planos relacionados à maternidade (25). O preditor mais forte dos problemas da dinâmica sexual é a menor atratividade sexual, reflexo de uma autoimagem geralmente negativa, resultado independente do tipo de cirurgia (42).

A perturbação na sexualidade após cirurgia ao CM não dependeu da concretização da preferência da doente ou da sua satisfação com a cirurgia.

Os médicos devem estar cientes dos problemas relacionados com a saúde sexual e intimidade, e estar preparados não só para informar os doentes sobre estes, mas também para refletir com a doente sobre as expectativas reais.

Em suma, se por um lado, a mastectomia apresenta como desvantagem a amputação da mama e consequente alteração da imagem corporal da doente, por outro lado, a CC por estar associada à RT, encontra-se associada a um percurso terapêutico mais prolongado, a um conjunto de efeitos secundários decorrentes da RT e a um maior medo de recorrência da doença. Os efeitos adversos de uma e outra cirurgia podem, assim, compensar-se mutuamente, conduzindo a resultados adaptativos muito semelhantes.

Os resultados apresentados não permitem determinar qual a cirurgia mais adequada, ou seja, aquela que poderá promover uma melhor adaptação psicossocial da doente, ainda que nos possibilitem afirmar que a conservação da mama promove, efetivamente, uma imagem corporal mais positiva. Julgamos que mais do que defender rigidamente um tipo de cirurgia, em detrimento de outro, importa incluir a doente no processo de tomada de decisão terapêutica.

É já sabido que, quanto mais informado o doente estiver acerca da sua doença, menores são as dificuldades encontradas durante todo o seu processo. Informar a doente que as dificuldades sexuais são um aspeto concomitante aos tratamentos, é essencial para a prevenção de futuros problemas desta ordem. Embora os problemas sexuais sejam um assunto por vezes demasiado íntimo para ser exposto, a verdade é que, a ajuda só é possível, caso a doente seja informada acerca desta problemática e incentivada a expor as suas dificuldades. Ouvir, compreender e ajudar o casal a enfrentar esta nova e indesejável situação ajudará ambos os cônjuges a se reajustarem a uma série de novos papéis e funções e proporcionará uma melhor comunicação entre ambos.

Estes resultados devem ser interpretados à luz de várias limitações. A amostra do estudo é relativamente pequena. Portanto, as participantes neste estudo podem não constituir uma amostra representativa de mulheres diagnosticadas com CM em estágio inicial. No entanto, estes pontos precisam ser avaliados, no contexto das dificuldades consideráveis que envolvem o recrutamento num "mundo real" de uma amostra desta natureza. É importante ter em mente que estas mulheres eram convidadas a investir o seu tempo e esforço com um ato puramente voluntário, num momento particularmente difícil e

stressante. Por último, a avaliação dos domínios da qualidade de vida é realizada no pós-operatório imediato, o que pode ter influenciado grandemente os resultados, nomeadamente no âmbito da sexualidade. O potencial impacto positivo da CC, na adaptação da doente, pode apenas ser evidente alguns meses ou anos após o diagnóstico e tratamento iniciais. Nesta linha, faria todo sentido a continuação deste estudo, com o propósito de apreciação dos domínios da qualidade de vida a longo prazo.

REFERÊNCIAS

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, et al. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet] Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013 [04/06/2014]. Available from: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx.
2. Katz SJ, Hawley ST. From policy to patients and back: surgical treatment decision making for patients with breast cancer. *Health Aff (Millwood)*. 2007;26(3):761-9.
3. Reefy S, Patani N, Anderson A, Burgoyne G, Osman H, Mokbel K. Oncological outcome and patient satisfaction with skin-sparing mastectomy and immediate breast reconstruction: a prospective observational study. *BMC Cancer*. 2010;10:171.
4. Moreira H, Canavarro MC. Tipo de cirurgia, adaptação psicossocial e imagem corporal no cancro da mama. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2012;13(2):169-90.
5. Senkus E, Kyriakides S, Penault-Llorca F, Poortmans P, Thompson A, Zackrisson S, et al. Primary breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2013;24 Suppl 6:vi7-23.
6. Coordenação Nacional das Doenças Oncológicas. Recomendações Nacionais para Diagnóstico e Tratamento do Cancro da Mama 2009. Available from: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/recomendacoes-nacionais-para-diagnostico-e-tratamento-do-cancro-da-mama-pdf.aspx>.
7. Freitas-Silva R, Conde DM, de Freitas-Junior R, Martinez EZ. Comparison of quality of life, satisfaction with surgery and shoulder-arm morbidity in breast cancer survivors submitted to breast-conserving therapy or mastectomy followed by immediate breast reconstruction. *Clinics (Sao Paulo)*. 2010;65(8):781-7.
8. Fernandez-Delgado J, Lopez-Pedraza MJ, Blasco JA, Andradas-Aragones E, Sanchez-Mendez JI, Sordo-Miralles G, et al. Satisfaction with and psychological impact of immediate and deferred breast reconstruction. *Ann Oncol*. 2008;19(8):1430-4.
9. Shameem H, Yip CH, Fong E. Immediate breast reconstruction after mastectomy--why do women choose this option? *Asian Pac J Cancer Prev*. 2008;9(3):409-12.
10. Mastaglia B, Kristjanson LJ. Factors influencing women's decisions for choice of surgery for Stage I and Stage II breast cancer in Western Australia. *J Adv Nurs*. 2001;35(6):836-47.
11. Whelan T, Levine M, Willan A, Gafni A, Sanders K, Mirsky D, et al. Effect of a decision aid on knowledge and treatment decision making for breast cancer surgery: a randomized trial. *JAMA*. 2004;292(4):435-41.
12. Molenaar S, Oort F, Sprangers M, Rutgers E, Luiten E, Mulder J, et al. Predictors of patients' choices for breast-conserving therapy or mastectomy: a prospective study. *Br J Cancer*. 2004;90(11):2123-30.
13. Waljee JF, Rogers MA, Alderman AK. Decision aids and breast cancer: do they influence choice for surgery and knowledge of treatment options? *J Clin Oncol*. 2007;25(9):1067-73.
14. Kirby RM, Basit A, Manimaran N. Patient choice significantly affects mastectomy rates in the treatment of breast cancer. *Int Semin Surg Oncol*. 2008;5:20.
15. Collins ED, Moore CP, Clay KF, Kearing SA, O'Connor AM, Llewellyn-Thomas HA, et al. Can women with early-stage breast cancer make an informed decision for mastectomy? *J Clin Oncol*. 2009;27(4):519-25.

16. Sivell S, Elwyn G, Edwards A, Manstead AS. Factors influencing the surgery intentions and choices of women with early breast cancer: the predictive utility of an extended theory of planned behaviour. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2013;13:92.
17. Janz NK, Wren PA, Copeland LA, Lowery JC, Goldfarb SL, Wilkins EG. Patient-physician concordance: preferences, perceptions, and factors influencing the breast cancer surgical decision. *J Clin Oncol*. 2004;22(15):3091-8.
18. Katz SJ, Lantz PM, Janz NK, Fagerlin A, Schwartz K, Liu L, et al. Patient involvement in surgery treatment decisions for breast cancer. *J Clin Oncol*. 2005;23(24):5526-33.
19. Gumus M, Ustaalioglu BO, Garip M, Kiziltan E, Bilici A, Seker M, et al. Factors that Affect Patients' Decision-Making about Mastectomy or Breast Conserving Surgery, and the Psychological Effect of this Choice on Breast Cancer Patients. *Breast Care (Basel)*. 2010;5(3):164-8.
20. Whelan T, Levine M, Gafni A, Sanders K, Willan A, Mirsky D, et al. Mastectomy or lumpectomy? Helping women make informed choices. *J Clin Oncol*. 1999;17(6):1727-35.
21. Lantz PM, Janz NK, Fagerlin A, Schwartz K, Liu L, Lakhani I, et al. Satisfaction with surgery outcomes and the decision process in a population-based sample of women with breast cancer. *Health Serv Res*. 2005;40(3):745-67.
22. Adachi K, Ueno T, Fujioka T, Fujitomi Y, Ueo H. Psychosocial factors affecting the therapeutic decision-making and postoperative mood states in Japanese breast cancer patients who underwent various types of surgery: body image and sexuality. *Jpn J Clin Oncol*. 2007;37(6):412-8.
23. Agrawal S, Goel AK, Lal P. Participation in decision making regarding type of surgery and treatment-related satisfaction in North Indian women with early breast cancer. *J Cancer Res Ther*. 2012;8(2):222-5.
24. Ramos AS, Patrão I. Imagem corporal da mulher com cancro de mama: Impacto na qualidade do relacionamento conjugal e na satisfação sexual. *Análise Psicológica*. 2005;3 (XXIII):295-304.
25. Manganiello A, Hoga LA, Reberte LM, Miranda CM, Rocha CA. Sexuality and quality of life of breast cancer patients post mastectomy. *Eur J Oncol Nurs*. 2011;15(2):167-72.
26. Rowland JH, Desmond KA, Meyerowitz BE, Belin TR, Wyatt GE, Ganz PA. Role of breast reconstructive surgery in physical and emotional outcomes among breast cancer survivors. *J Natl Cancer Inst*. 2000;92(17):1422-9.
27. Pandey M, Thomas BC, Ramdas K, Ratheesan K. Early effect of surgery on quality of life in women with operable breast cancer. *Jpn J Clin Oncol*. 2006;36(7):468-72.
28. Rebelo V, Rolim L, Carqueja E, Ferreira S. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com cancro da mama: um estudo exploratório com 60 mulheres portuguesas. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2007;8(1):13-32.
29. Collins KK, Liu Y, Schootman M, Aft R, Yan Y, Dean G, et al. Effects of breast cancer surgery and surgical side effects on body image over time. *Breast Cancer Res Treat*. 2011;126(1):167-76.
30. Remondes-Costa R, Jimenéz F, Pais-Ribeiro JL. Imagem corporal, sexualidade e qualidade de vida no cancro da mama. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2012;13 (2):327-39.
31. Fallbjork U, Rasmussen BH, Karlsson S, Salander P. Aspects of body image after mastectomy due to breast cancer - a two-year follow-up study. *Eur J Oncol Nurs*. 2013;17(3):340-5.

32. Hudson W, Harrison D, Crosscup P. A shortform scale to measure sexual discord in dyadic relationships. *The Journal of Sex Research*. 1981;17(2):157-74.
33. Hudson W. Index of Sexual Satisfaction. In: Davis C, Yarber W, Bauserman R, Schreer G, & Davis S, editors. *Handbook of sexuality-related measures*. Thousand Oaks, California: Sage Publications; 1998. p. 512-3.
34. Hudson W. Index of Sexual Satisfaction. In: Corcoran K, & Fischer J, editors. *Measures for clinical practice: A sourcebook* (3rd ed, vol 2). New York: The Free Press; 2000.
35. Pechorro P, Diniz A, Almeida S, Vieira R. Validação de uma versão feminina do Índice de Satisfação Sexual (ISS). *Laboratório de Psicologia*. 2009;7 (1):45-56.
36. Hopwood P, Fletcher I, Lee A, Al Ghazal S. A body image scale for use with cancer patients. *Eur J Cancer*. 2001;37(2):189-97.
37. Moreira H, Silva S, Marques A, Canavarro MC. The Portuguese version of the body image scale (BIS) - psychometric properties in a sample of breast cancer patients. *Eur J Oncol Nurs*. 2010;14(2):111-8.
38. Al-Ghazal SK, Fallowfield L, Blamey RW. Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast reconstruction. *Eur J Cancer*. 2000;36(15):1938-43.
39. Lee CN, Chang Y, Adimorah N, Belkora JK, Moy B, Partridge AH, et al. Decision making about surgery for early-stage breast cancer. *J Am Coll Surg*. 2012;214(1):1-10.
40. Hormes JM, Lytle LA, Gross CR, Ahmed RL, Troxel AB, Schmitz KH. The body image and relationships scale: development and validation of a measure of body image in female breast cancer survivors. *J Clin Oncol*. 2008;26(8):1269-74.
41. Patrão I. Bem me quer, mal me quer... Bem nos quer, mal nos quer: A sexualidade, (in)fertilidade e o cancro. *Análise Psicológica*. 2005;3 (XXIII):289-94.
42. Burwell SR, Case LD, Kaelin C, Avis NE. Sexual problems in younger women after breast cancer surgery. *J Clin Oncol*. 2006;24(18):2815-21.

AGRADECIMENTOS

Findo este trabalho, quero agradecer a todos aqueles que contribuíram para a sua concretização.

Ao Dr. Abreu de Sousa, pela orientação, apoio e conhecimento transmitido.

À Dra. Cláudia Araújo, pela disponibilidade demonstrada e postura encorajadora.

À Professora Doutora Corália Vicente, pelo valioso apoio dado na análise estatística.

À equipa multidisciplinar da clínica da mama, pela preciosa ajuda; sem a vossa paciência e auxílio a recolha de dados teria sido impossível.

Ao Diogo, pela motivação, ânimo, cooperação e doses extra de inspiração, mas também pelas essenciais dicas por quem faz da investigação a sua profissão.

Aos amigos, pela compreensão das minhas constantes indisponibilidades e por acreditarem (mais do que eu) no meu sucesso.

Ao meu irmão, pelo seu humor e ânimo, quando a distração também é essencial para os momentos de maior ansiedade.

Aos meus pais, pela motivação, escuta ativa e compreensão inesgotável, pelos mimos que só vocês conseguem dar e pela confiança que têm em mim...Sem o vosso exemplo de vida, não conseguiria atingir “o cume desta montanha”.

ANEXOS

ANEXO 1 - INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

Eu, Cátia Alexandra de Jesus Martins Teixeira e Rodrigues, aluna do sexto ano do curso de Mestrado Integrado em Medicina no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, encontro-me neste momento a desenvolver um trabalho de investigação clínica intitulado “Cirurgia do cancro da mama inicial: o dilema da decisão”, sob orientação do Dr. Abreu de Sousa e co-orientação da Dra. Cláudia Araújo.

O estudo será desenvolvido com a aplicação de questionários a mulheres com cancro da mama em estadio inicial, no momento do planeamento cirúrgico e posteriormente após a cirurgia. Este estudo tem como objetivos: clarificar a opção cirúrgica preferencial do doente (tumoretomia, mastectomia, e mastectomia com reconstrução da mama); identificar os fatores que afetam a escolha da opção cirúrgica; perceber a satisfação dos doentes relativamente à cirurgia a que foram submetidos; examinar o impacto da cirurgia sobre a imagem corporal e a sexualidade (aparência física, autoavaliação da feminilidade e da sexualidade, e atratividade para parceiro); e perceber as diferenças na imagem corporal e na sexualidade nas diferentes opções cirúrgicas.

A senhora poderá participar neste estudo, através do preenchimento do questionário que lhe foi entregue juntamente com este documento. O questionário a aplicar é respondido em 5- 10 minutos. Posteriormente, o questionário será objeto de uma avaliação por parte da investigadora.

A participação neste estudo é uma atitude voluntária. Caso a senhora não queira participar no estudo não sofrerá qualquer prejuízo ou represália nos seus cuidados de saúde nesta instituição. Ao participar no estudo, tem o direito de se retirar a qualquer momento sem sofrer qualquer penalidade ou perda de benefício, continuando a receber os mesmos cuidados nesta instituição.

Os questionários são anónimos. Todas as informações recolhidas durante este estudo serão tratadas de forma confidencial e os seus resultados serão apresentados de modo a que o participante não seja reconhecido, nem pelo investigador, nem pelos leitores do trabalho de investigação. Comprometo-me a utilizar os questionários apenas para os dados necessários ao estudo em questão, destruindo posteriormente os referidos questionários no final do trabalho de investigação.

Com a participação neste estudo, a senhora dará um contributo muito importante para o estudo e compreensão da satisfação das mulheres com cancro da mama perante a cirurgia a que foram submetidas, e o impacto da imagem corporal e da sexualidade após a cirurgia.

A senhora terá um papel essencial na aquisição de novos conhecimentos científicos que permitirá melhorar futuramente a prática clínica em mulheres com cancro da mama. Assim, procura-se reduzir

a insatisfação e os efeitos negativos sobre a imagem corporal e a sexualidade das mulheres com cancro da mama inicial.

Como eventuais riscos, a senhora poderá sentir-se confusa com algumas dúvidas no que respeita aos cuidados de cirurgia ao cancro da mama. De igual modo terá de pensar no seu problema de saúde, na sua imagem corporal e sexualidade.

Obrigado pela sua ajuda e pelo tempo disponibilizado.

Em caso de dúvidas, pode falar com investigador que lhe forneceu o questionário, que estará ao seu total dispor para esclarecimento de dúvidas ou outras questões.

Cátia Rodrigues

ANEXO 2 – CONSENTIMENTO INFORMADO

CONSENTIMENTO INFORMADO**Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial**

(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996; Edimburgo 2000; Washington 2002; Tóquio 2004 e Seoul, 2008)

Designação do estudo/projeto de investigação

Cirurgia do cancro da mama inicial: o dilema da decisão

Eu, abaixo-assinado (nome completo do doente) _____

Recebi o texto de Informação ao Participante relativo ao procedimento que concordei em efetuar. Compreendi a explicação que me foi fornecida pelo investigador que assina este documento. Foi-me ainda dada a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de anular a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada.

Por isso, consinto que me seja aplicado os questionários propostos pelo investigador.

Assinatura do doente: _____ **Data:** ____/____/ 2014

Nome do investigador responsável: Cátia Alexandra de Jesus Martins Teixeira e Rodrigues

Assinatura do investigador responsável: _____ **Data:** ____/____/ 2014

Anulação do Consentimento Informado

Declaro que recebi a Informação ao Participante relativo ao estudo / projeto de investigação em questão, que me foi proposto pelo investigador que assina este documento e pretendo anular o consentimento dado na data de ____/____/ 2014.

Assinatura do doente: _____ **Data:** ____/____/ 2014

Assinatura do investigador responsável: _____ **Data:** ____/____/ 2014

ANEXO 3- PRIMEIRO QUESTIONÁRIO (FASE PRÉ-OPERATÓRIA)

1. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1.1) Indique a sua idade: _____

1.2) Indique o seu estado civil.

☐ Solteira

☐ Casada /União de facto

☐ Divorciada/ Separada

☐ Viúva

1.3) Selecione o seu grau de escolaridade:

☐ Analfabeta

☐ Ensino primário (4º ano)

☐ Ensino preparatório até 6º ano

☐ Ensino preparatório até 9º ano

☐ Ensino secundário (12º ano)

☐ Ensino superior

1.4) Indique a sua profissão: _____

2. SOBRE A DOENÇA

2.1) Perante o diagnóstico de cancro da mama, indique o tratamento cirúrgico que preferia realizar.

- ☐ Cirurgia conservadora
- ☐ Mastectomia
- ☐ Mastectomia com reconstrução da mama imediata (na mesma cirurgia)
- ☐ Mastectomia com reconstrução da mama após (noutra cirurgia)

2.2) Selecione os fatores que levam à escolha dessa cirurgia.

- ☐ Preservar a mama
- ☐ Evitar o tratamento da mama com radioterapia
- ☐ Minimizar o risco de recorrência
- ☐ Minimizar o tempo de tratamento ou voltar rapidamente ao seu quotidiano
- ☐ Mastectomia resolve o problema definitivamente
- ☐ Mastectomia é um tratamento mais radical e mais eficaz
- ☐ Não perturbar a sua imagem corporal

3. SOBRE A SEXUALIDADE

3.1) Este questionário destina-se a medir o grau de satisfação sexual que a mulher sente no relacionamento com seu companheiro. Tendo em conta como se tem sentido nas últimas quatro semanas, escolha a opção com a qual se identifica (com uma cruz), na escala 1 a 7.

1(Nunca)	2	3	4	5	6	7 (Sempre)
-----------------	----------	----------	----------	----------	----------	-------------------

Índice de Satisfação Sexual (ISS; Hudson, 1998, 2000; Hudson, Harrison, & Crosscup, 1981)

Validação portuguesa por Pechorro, Diniz, Almeida & Vieira em 2009

1. Sinto que o meu companheiro gosta da nossa vida sexual.	1	2	3	4	5	6	7
2. A nossa vida sexual é muito excitante.	1	2	3	4	5	6	7
3. O sexo é divertido para o meu companheiro e para mim.	1	2	3	4	5	6	7
4. O sexo com o meu companheiro tornou-se para mim uma rotina.	1	2	3	4	5	6	7
5. A nossa vida sexual é monótona.	1	2	3	4	5	6	7
6. Quando fazemos sexo é de forma demasiado apressada e rápida.	1	2	3	4	5	6	7
7. Sinto que a minha vida sexual tem falta de qualidade.	1	2	3	4	5	6	7
8. O meu companheiro é sexualmente muito excitante.	1	2	3	4	5	6	7
9. Gosto das técnicas sexuais que o meu companheiro gosta ou usa.	1	2	3	4	5	6	7
10. Sinto que o meu companheiro quer demasiado sexo de mim.	1	2	3	4	5	6	7
11. Penso que o nosso sexo é maravilhoso.	1	2	3	4	5	6	7
12. Tento evitar contacto sexual com o meu companheiro.	1	2	3	4	5	6	7
13. O meu companheiro é um parceiro sexual maravilhoso.	1	2	3	4	5	6	7
14. Sinto que o sexo é uma função normal do nosso relacionamento.	1	2	3	4	5	6	7
15. Sinto que a nossa vida sexual é uma mais valia para o nosso relacionamento.	1	2	3	4	5	6	7
16. É fácil para mim ficar sexualmente excitada com o meu companheiro.	1	2	3	4	5	6	7
17. Sinto que o meu companheiro está sexualmente contente comigo	1	2	3	4	5	6	7
18. O meu companheiro é muito sensível às minhas necessidades e desejos.	1	2	3	4	5	6	7
19. O meu companheiro não me satisfaz sexualmente.	1	2	3	4	5	6	7
20. Sinto que a minha vida sexual é aborrecida.	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO 4- SEGUNDO QUESTIONÁRIO (FASE PÓS-OPERATÓRIA)

1. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1.1) Indique a sua idade: _____

1.2) Indique o seu estado civil.

☐ Solteira

☐ Casada /União de facto

☐ Divorciada/ Separada

☐ Viúva

1.3) Selecione o seu grau de escolaridade:

☐ Analfabeta

☐ Ensino primário (4º ano)

☐ Ensino preparatório até 6º ano

☐ Ensino preparatório até 9º ano

☐ Ensino secundário (12º ano)

☐ Ensino superior

1.4) Indique a sua profissão: _____

2. SOBRE A DOENÇA

2.1) A cirurgia que foi submetida correspondeu à sua preferência inicial.

☐ Sim

☐ Não

2.1.1) Se não, indique o tratamento cirúrgico que realizou.

☐ Cirurgia conservadora

☐ Mastectomia

☐ Mastectomia com reconstrução da mama imediata (na mesma cirurgia)

2.1.2) Se não, qual o fator que levou à mudança da opção cirúrgica.

☐ Opinião médica / Critério clínico

☐ Opinião /sugestão de familiares

☐ Partilha de experiências com pares que vivenciaram cancro da mama

☐ Informação adicional (internet, livros, etc)

2.2) Indique o seu grau de satisfação perante a cirurgia que realizou.

☐ Insatisfeita

☐ Pouco satisfeita

☐ Satisfeita

☐ Muito satisfeita

2.3) Recomendaria a cirurgia a que foi submetida a uma mulher com cancro da mama.

☐ Sim

☐ Não

☐ Não sei

3. SOBRE A IMAGEM CORPORAL

3.1) Neste questionário ser-lhe-ão colocadas algumas questões acerca da forma como se sente em relação ao seu corpo e acerca de algumas mudanças que podem ter ocorrido como resultado da sua doença ou do tratamento a que foi submetida. Tendo em conta como se tem sentido na última semana, escolha a opção com a qual se identifica (com uma cruz).

Escala de Imagem Corporal – BIS (Hopwood, P., Fletcher, I., Lee, A., Al Ghazal, S., 2001.)

Validação portuguesa por Moreira, H., Silva, S., Marques, A. & Canavarro, M. C. (2010)

	<i>Nada</i>	<i>Um pouco</i>	<i>Moderadamente</i>	<i>Muito</i>
1. Tenho sentido vergonha/constrangido em relação à minha aparência.	0	1	2	3
2. Sinto-me menos atraente fisicamente.	0	1	2	3
3. Tenho-me sentido insatisfeita com a aparência quando estou vestida.	0	1	2	3
4. Tenho-me sentido menos feminina.	0	1	2	3
5. Tem sido difícil olhar para mim quando estou nua.	0	1	2	3
6. Tenho-me sentido menos atraente sexualmente.	0	1	2	3
7. Evito encontrar-me com pessoas devido à forma como me sinto com a aparência.	0	1	2	3
8. Sinto que o tratamento deixou o meu corpo “menos completo”.	0	1	2	3
9. Sinto-me insatisfeita com o meu corpo.	0	1	2	3
10. Tenho-me sentido descontente com a aparência da minha cicatriz.	0	1	2	3

3. SOBRE A SEXUALIDADE

3.1) Este questionário destina-se a medir o grau de satisfação sexual que a mulher sente no relacionamento com seu companheiro. Tendo em conta como se tem sentido nas últimas quatro semanas, escolha a opção com a qual se identifica (com uma cruz), na escala 1 a 7.

1(Nunca)	2	3	4	5	6	7 (Sempre)
-----------------	----------	----------	----------	----------	----------	-------------------

Índice de Satisfação Sexual (ISS; Hudson, 1998, 2000; Hudson, Harrison, & Crosscup, 1981)

Validação portuguesa por Pechorro, Diniz, Almeida & Vieira em 2009

1. Sinto que o meu companheiro gosta da nossa vida sexual.	1	2	3	4	5	6	7
2. A nossa vida sexual é muito excitante.	1	2	3	4	5	6	7
3. O sexo é divertido para o meu companheiro e para mim.	1	2	3	4	5	6	7
4. O sexo com o meu companheiro tornou-se para mim uma rotina.	1	2	3	4	5	6	7
5. A nossa vida sexual é monótona.	1	2	3	4	5	6	7
6. Quando fazemos sexo é de forma demasiado apressada e rápida.	1	2	3	4	5	6	7
7. Sinto que a minha vida sexual tem falta de qualidade.	1	2	3	4	5	6	7
8. O meu companheiro é sexualmente muito excitante.	1	2	3	4	5	6	7
9. Gosto das técnicas sexuais que o meu companheiro gosta ou usa.	1	2	3	4	5	6	7
10. Sinto que o meu companheiro quer demasiado sexo de mim.	1	2	3	4	5	6	7
11. Penso que o nosso sexo é maravilhoso.	1	2	3	4	5	6	7
12. Tento evitar contacto sexual com o meu companheiro.	1	2	3	4	5	6	7
13. O meu companheiro é um parceiro sexual maravilhoso.	1	2	3	4	5	6	7
14. Sinto que o sexo é uma função normal do nosso relacionamento.	1	2	3	4	5	6	7
15. Sinto que a nossa vida sexual é uma mais valia para o nosso relacionamento.	1	2	3	4	5	6	7
16. É fácil para mim ficar sexualmente excitada com o meu companheiro.	1	2	3	4	5	6	7
17. Sinto que o meu companheiro está sexualmente contente comigo	1	2	3	4	5	6	7
18. O meu companheiro é muito sensível às minhas necessidades e desejos.	1	2	3	4	5	6	7
19. O meu companheiro não me satisfaz sexualmente.	1	2	3	4	5	6	7
20. Sinto que a minha vida sexual é aborrecida.	1	2	3	4	5	6	7